Man pränumerirt
für das österreichische Kaiserreich nur im
Redactions-Bureau
Wien, Stadt, obere Bäckerstrasse Nr. 761,
und bei allen k. k. Postämtern,
für die ausserösterreichischen Staaten bei
E. F. Steinacker in Leipzig.

Jeden Freitag erscheint eine Nummer.

Der Pränumerationspreis ist
für Oesterreich sammt der Postzusendung:
ganzjährig 8 fl., — halbjährig 4 fl,
vierteljährig 2 fl. C. M.,
für die ausserösterreichischen Staaten auf
dem Wege des Buchhandels:
ganzjährig 5 Thlr., halbjährig 2½ Thlr.
Für Inserate 6 kr. (2 Sgr.) pr. Petitzeile.
Geldsendungen erbittet man franco.

Oesterreichische Zeitschrift für PRACTISCHE HEILKUNDE.

Herausgegeben vom
Doctoren-Collegium der medicinischen Facultät in Wien.

Hauptredacteur: **Dr. Jos. Joh. Knolz.** Mitredacteur: **Dr. G. Preyss.**

III. Jahrgang. *Wien, den 31. Juli 1857.* **No. 31.**

I. Original-Abhandlungen aus sämmtlichen Zweigen der Heilkunde.

Krankheiten der Luftwege.

Von
Dr. Isidor Glück,
früher practischem Arzte in London und New-York, Docenten der Augenheilkunde und Militär-Chirurgie am *New-York medical College*, Mitgliede mehrerer gelehrten Gesellschaften in Europa und Amerika.

Ueber das Abtragen der Tonsillen und der Uvula.

Bekanntlich erfordert die übermässige Vergrösserung der Tonsillen — wobei vorzüglich bei gleichzeitiger Verlängerung des Zäpfchens das gehörige Athmen beschränkt und auch das Hören erschwert wird, bedingt durch locale Congestion fortwährend in Entzündung unterhaltener Partien der Tonsillen (wie es bei scrophulösen Individuen häufig vorkommt) — das Abtragen oder Ausschälen derselben und die Verkürzung der oft auch zum Husten reizenden verlängerten Uvula.

In vielen pathologischen Zuständen der Tonsillen wird das theilweise Entfernen vorzüglich geschwüretragender Partien derselben nöthig.

Die folliculäre Entzündung der Schleimhaut, die im Rachen ihren Sitz hat, bleibt entweder beschränkt auf kleinere Partien, oder — was häufiger der Fall ist — erstreckt sich nach und nach auf einen grössern Umfang, wenn deren Ausbreitung begünstigt wird durch äusserliche, in der Beschäftigung oder im Klima begründete, oder durch innerliche constitutionelle Ursachen. Die folliculäre Entzündung der die Tonsillen bildenden Schleimhaut entwickelt sich nach und nach und bildet ein oder mehrere Geschwüre, deren Ausrottung um so nothwendiger wird, als das dabei sich bildende Product von Eiter, Jauche etc. nicht bloss die Ausbreitung des Geschwüres befördert, sondern mit dem Speichel unwillkürlich fortgeschafft in den Magen gelangt, und dadurch wesentlich die Verdauung beeinträchtigt.

Wenn gleich das locale Einwirken auf die Geschwürsfläche oft ungenügend ist, zumal wenn constitutionelles Leiden an deren Entstehung und Bildung Schuld trägt, wird dennoch das Abtragen der Geschwürsfläche und nachträgliches Betupfen derselben mit Höllensteinlösung in vielen Fällen genügen, das Geschwür und die dabei bestehende und unterhaltene Reizung der Tonsillen und deren Folgezustände zu beseitigen.

Der Sitz eines oder oft mehrerer manchmal confluirender Geschwüre kann eine oder die andere Tonsille allein sein, oder auch beide zugleich; die oft an einer oder beiden Seiten gepaart vorkommenden Drüsen können ebenfalls gleichzeitig und gleichseitig befallen sein, ohne jedoch total erkrankt zu sein.

Wenn auch das Guilotome, wie üblich bei Vergrösserung der Tonsillen zu deren Entfernung in Anwendung gebracht werden kann, ist es meines Erachtens nach minder zweckentsprechend in solchen Fällen, wo ein theilweises Entfernen, zumal bereits durch Verschwärung zum Theil zu Grunde gegangener Partien der Tonsillen nöthig wird.

In allen Fällen ziehe ich es vor, wie mein Freund Prof. Horace Green in New-York, das Abtragen der Tonsillen mittelst Messers und stellbaren Doppelhakens vorzunehmen. Das mit langem Hefte versehene, leicht gekrümmte und am obern Ende stumpfe Messer kann nach Willkür gehandhabt werden, und das Entfernen einzelner Theile ist möglich unter Controlle des Operateurs, wenn zuvor die zu entfernende Partie mittelst des Doppelhakens

fest erfasst wird; das Einpflanzen derselben soll nicht im Geschwüre selbst, sondern in dessen Umgebung geschehen. Freilich gelingt dieses in manchen fast gänzlich zu Grunde gegangenen Tonsillen nicht immer, kann jedoch in vielen Fällen bequem geübt werden.

Prof. Green fasst bei Entfernung der linken Tonsille dieselbe mit dem Hacken in der linken Hand, und trägt mit dem Messer in seiner Rechten, vor dem in einem Lehnsessel sitzenden Kranken stehend, die Tonsille ab, während dem er zum Abtragen der rechten Tonsille sich hinter dem Patienten auf einen Schemel erhöht stellt, seinen Kopf über den des Kranken beugend, mit dem Haken in der Linken und dem Messer in seiner Rechten, die Tonsille oder die darauf haftende Geschwürsfläche von unten nach aufwärts schneidend ausrottet. Letzteres Verfahren geht nicht so leicht von Statten, und soll, wie Kranke sich äussern, auch mehr schmerzhaft sein.

Ich bediene mich einer andern Methode, um die Ausschälung oder Abtragung der Tonsillen zu bewerkstelligen.

Um das bei obigem Verfahren häufig vorkommende Wegschnellen des Hakens oder Messers mittelst der nach aufwärts sich krümmenden Zunge, die oft dadurch die Einsicht benimmt, zu verhüten, bediene ich mich der Green'schen Spatel, die zu diesem Zwecke sowohl wie überhaupt zur Besichtigung des Rachens, vortrefflich ist, und sich vorzüglich dadurch vor der gewöhnlichen auszeichnet, dass der dem Grunde der Zunge entsprechende Theil der Spatel so breit ist, dass er die ganze Fläche der Zunge bedeckt, mithin das Wölben der Zunge zur Seite bei der gewöhnlich gebrauchten schmalen Spatel gänzlich beseitigt ist und somit die Ein- und Umsicht vollständig gestattet wird; die Handhabe der Spatel steht fast im rechten Winkel mit dem die Zunge bedeckenden Theil derselben, und erlaubt deshalb nicht bloss grössere Kraftanwendung, sondern gestattet auch freieren Raum den einzuführenden Instrumenten, da die Hand nicht im Wege steht.

Nachdem ich nun die, die Zunge nach abwärts drückende Spatel dem Assistenten übergeben habe, schreite ich zur Entfernung der Tonsillen, indem ich das Messer führe mit der der Tonsille entgegengesetzten Hand (linke Tonsille mit der rechten und rechte Tonsille mit der linken abtragend) und den Schnitt immer von oben nach abwärts mache, was leicht gelingt, wenn die zu entfernende Partie mittelst gestellten Doppelhakens nach Möglichkeit straff angezogen wird.

Da ich jedoch fand, dass viele meiner Zöglinge in New-York nur sehr schwer sich der linken Hand bedienen konnten, um das Messer zur Abtragung der Tonsillen mit Erfolg zu führen, besonders wenn geringere Partien derselben entfernt werden sollten, habe ich folgende Abänderung getroffen im Abtragen oder Ausschälen der rechten Tonsille. Der Operateur steht dem sitzenden Kranken zur rechten Seite etwas voran, beschreibt, nachdem er den Doppelhaken mit seiner linken Hand erfasst, mit dem Arme einen Bogen, zwischen seinem Gesichte und dem seines Patienten, führt den Haken in den Mund, erfasst die zu entfernende Partie, und führt das Messer in der Rechten unter den Bogen des linken Armes in den Rachen sehend, an der aussern Seite des Hakens, von oben nach abwärts in die nöthige Richtung. Der Haken wird dabei diagonal über die Zunge gegen den linken Mundwinkel gerichtet, um leichter ein Anspannen zu erzielen.

Ich habe mich dieses Verfahrens in vielen Fällen bedient, und fand es von meinen Schülern geübt, zweckmässiger als die Stellung rückwärts, wobei schon durch den herabhängenden Kopf des Operateurs das Licht oft benommen wird.

Ich bediene mich in allen Fällen, wo die Entfernung der Tonsillen nöthig ist, der Green'schen Spatel, deren Werth vorzüglich bei Kindern anerkannt werden muss.

Ich erinnere mich jedoch eines Falles, wo selbst mit Benützung dieser Spatel das Ausrotten der verschwärten Tonsillen nicht zu Stande gebracht werden konnte.

„Ein scrophulöser Neger von neun Jahren stellte mit seiner mächtig entwickelten Zunge so viel Kraft entgegen, dass dieselbe selbst mittelst der Spatel mit grösster Mühe nicht darniedergehalten werden konnte, wenn schon selbst der oft hartnäckig geleistete Widerstand seiner kräftig gebauten, vollzähligen über einander gepressten Zähne überwunden war. Meine Freunde Dr. E. H. Parker und Dr. Douglas (Editeurs der *„American medical monthly“* in New-York) gaben sich vielseitig Mühe, mir daselbst zu assistiren; allein der junge Neger hat seinen Kampf zu unserm Ueberdruss und seiner Freude ausgefochten und den Sieg davon getragen; die Operation musste vertagt werden; heftiger Halsschmerz brachte ihn gedemüthigt nach einer Zeit wieder zu mir, er ergab sich willig und gestattete die Ausschälung beider Tonsillen und Verkürzung der verlängerten, zum Husten reizenden Uvula. Die Heilung erfolgte in sechs Tagen. (Fortsetzung folgt.)

Der Guttaperchaverband.

Besprochen

von Dr. Alois Keller,

emer. Secundarwundarzt des k. k. allgemeinen Krankenhauses.

Die grosse Formbarkeit der Guttapercha im erweichten, und ihre Widerstandsfähigkeit, verbunden mit einem Grade von Elasticität im erhärteten Zustande, die oftmalige Verwendbarkeit, sowie die Eigenschaft, von den Secreten des Organismus nicht angegriffen zu werden, alle diese Eigenschaften hatten gleich bei dem Erscheinen der Guttapercha in der Industrie die Aufmerksamkeit der Chirurgen an sich gezogen. Dr. Elfinger theilte zuerst in der allgemeinen Versammlung der k. k. Gesellschaft der Aerzte vom 15. Mai 1847 die Versuche mit, die Dr. Elfinger's Bruder, der Herr Apotheker Josef Elfinger in Verbindung mit dem Bandagisten Herrn Vogel anstellten, um die Guttapercha für chirurgische Zwecke zu verwenden und zeigte, dass sich die Guttapercha zu Bougien, Pessarien, Harnrecipienten eigne, sowie er auch einen aus Guttapercha bestehenden Verband, welcher vom Herrn Primararzt Lorinser im Wiedner Bezirkskrankenhause bei einem Schien- und Wadenbeinbruche in Anwendung gebracht wurde, der Gesellschaft vorwies.

In derselben so wie in einer früheren Sitzung der Gesellschaft der Aerzte hat auch Dr. Zsigmondy auf die Verwendbarkeit der Guttapercha in der Chirurgie hingewiesen und mehrere chirurgische Objecte vorgezeigt, die er aus Guttapercha verfertigte.

Die Guttapercha wurde nun in der Chirurgie zu verschiedenen Zwecken verwendet, von einigen Chirurgen höher, von andern minder hoch geschätzt; jedoch beschränkte sich die Anwendung auf kleinere Gegenstände, wie z. B. zur Verfertigung von Obturatoren, Bougien etc. Der vom Primararzte Dr. Lorinser angewendete Verband brach sich in der Chirurgie keine Bahn und kam bald in Vergessenheit; nichts desto weniger suchte man die einmal angeregte Idee, die im Eingange erwähnten Eigenschaften der Guttapercha berücksichtigend, festzuhalten, und die Guttapercha für Verbände bei Knochenbrüchen in Anwendung zu ziehen. Die Versuche wurden aufgenommen und wieder fallen gelassen, da sie das gewünschte Resultat nicht lieferten, bis der Herr Primararzt Dr. Ulrich ein Verfahren angab, welches seiner Zeit die Aufmerksamkeit der Chirurgen neuerdings auf die Guttapercha lenkte. Er veröffentlichte dieses sein Verfahren in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 2. März 1855, erklärte ins Demonstrative die Art der Anwendung, besprach die Vortheile, indem er den Verband mit dem Gyps- und Kleisterverbande verglich, stellte die Anzeigen für seine Anwendung, und zog seinen Erfahrungen gemäss den Schluss, „dass der Guttaperchaverband bei solchen complicirten Brüchen, welche neben der Fixirung naher und entfernter Gelenke und neben der möglichst gleichmässigen Druckvertheilung in der ganzen oft sehr grossen Ausdehnung des Verbandes auch noch fordern, dass der Verband der Nässe widerstehe, dass eine oder mehrere Stellen offen und ungedrückt für das abspülende Wasser, für Umschläge u. dgl. erhalten werden, und dass der Kranke seine Lage, d. i. sowohl die Lage der verbundenen Extremität, als jene des Körpers häufig und leicht wechseln könne," angezeigt sei.

Ob und unter welchen Bedingungen dieser Verband den gehegten Erwartungen entspricht, davon später.

In der 26. Nummer der medicinischen Wochenschrift so wie in einem kürzlich im Druck erschienenen ärztlichen Berichte über das Kranken-Institut der k. k. priv. österreich. Staatseisenbahn-Gesellschaft zu Wien S. 27, wird ein Guttaperchaverband von Dr. Leander Keller, Chefarzt bei der Eisenbahn, angegeben, welcher vom Primararzte Lorinser gehandhabt wird. Obgleich es in dem betreffenden Artikel nicht deutlich ausgesprochen ist, dass dieser Verband vom Primararzte Dr. Lorinser herrühre, so scheint es doch als habe Herr Dr. Keller geglaubt, diese Verbandweise habe Dr. Lorinser zum Erfinder, da die Methode des Herrn Primararztes Ulrich mit gänzlichem Stillschweigen übergangen wird.

Dass dieser von Dr. Keller beschriebene Verband und der von Primarius Ulrich angegebene auf einem und demselben Principe beruhen, somit ersterer dem letztern nachgebildet ist, davon kann sich Jedermann überzeugen, der den Bericht des Herrn Primarius Ulrich (in der Monatschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte vom April 1855) und den von Dr. Keller (med. Wochenschrift Nr. 26 1857) durchliest. Indem ich auf die beiden Artikel verweise, will ich darthun, dass der Verband des Herrn Dr. Ulrich dem von Dr. Keller angeführten vorgezogen werden muss, denn es ist 1. unmöglich die Guttaperchaplatte so zuzurichten, selbst wenn man sich durch Papier die Form der Extremität abnimmt, dass die Schiene genau die Form der Extremität besitzt, weil durch die Knetung der weichen Guttaperchaplatte gewisse Stellen sich mehr ausbreiten, dadurch ungleiche Ränder entstehen, welche ein abermaliges Abnehmen der Schienen und die Abtragung der hervorragenden Partien bedingen, während bei der Methode des Herrn Primarius Ulrich die früher angelegten Guttaperchaschnüre geradlinige Ränder bewirken.

2) Erkaltet eine Schiene von dem Umfange der Hälfte einer Extremität wegen der grossen Oberfläche viel zu früh, als dass man sie an allen Puncten der Extremität bis zur vollkommenen Berührung angedrückt hätte.

3) Ist eine einfache Platte von Guttapercha viel zu schwach, bei dem Bruche eines Röhrenknochens die nöthige Festigkeit zu bewirken; denn denkt man sich z. B. einen Schien- und Wadenbeinbruch etwa einen Zoll unterhalb der *Spina tibiae*, so wird das Gewicht des unterhalb des Bruches befindlichen Theiles des Unterschenkels eine Biegung der Schiene bewirken, wodurch die Festigkeit des Verbandes wesentlich beeinträchtigt wird; während man beim Ulrich'schen Verbande eben dort, wo man ein Nachgeben der Schiene fürchtet, so namentlich in der Nähe der Bruchstelle, durch mehrfach übereinandergelegte Stücke eine hinreichend feste Schiene erhält.

4. Braucht man immer, wenn auch nicht neue, so doch sehr grosse Platten, wodurch der Verband ungemein kostspielig wird, während beim Ulrich'schen Verbande selbst die kleinsten Stücke und diese öfter verwendbar sind (nur nach häufigem Gebrauche wird die Guttapercha klebrig und schmierig).

Die Hauptfrage, die zu beantworten ist, ist die: Was leistet der Guttaperchaverband bei einem Knochenbruche?

Die Beantwortung dieser Frage hängt von der Beschaffenheit des Knochenbruches selbst ab.

Ist der Bruch ein einfacher, die Extremität nicht verkürzt, die Bruchenden nicht verschoben, so wird der Guttaperchaverband das leisten, was jeder andere Verband leistet; allein wer wird bei einem solchen Bruche einen so kostspieligen, bei der Anlegung im Verhältniss zu einem einfachen Schienenverband so viel Zeit raubenden Verband anlegen, wo eine oder mehrere gut gepolsterte Holz- oder Pappschienen denselben Zweck erfüllen. Derartige Schienen und alte Leinwand lassen sich viel leichter herbeischaffen und die Anlegung eines einfachen Verbandes ist ungemein schnell bewerkstelligt.

Anders ist es mit complicirten Knochenbrüchen, für die eigentlich der Guttaperchaverband bestimmt wurde, und ob er bei solchen Brüchen vor andern den Vorzug verdiene, oder ob er der Verband sei, unter welchem alle complicirten Knochenbrüche zur möglichst guten Heilung gelangen, dies darzuthun, ist der eigentliche Zweck dieser Zeilen und ich glaube, in dieser Sache ein Urtheil fällen zu dürfen, da ich diesen Verband bei den mannigfachsten Brüchen anwenden sah.

Hat man es mit Knochenbrüchen zu thun, welche in Folge einer hochgradigen Quetschung der Weichtheile eine Gangrän befürchten lassen, oder bei denen bereits Gangrän eingetreten, oder eine anderweitige Wunde, eine Dislocation der Bruchenden vorhanden ist, so wird der Guttaperchaverband nur dann von Nutzen sein, wenn die Bruch-

enden leicht reponirbar sind, und in dieser Lage auch leicht erhalten werden können; denn in diesem Falle ist es möglich, den Verband genau anzulegen, die Wunden oder die gequetschten Theile bleiben vom Drucke frei, der nöthigen Behandlung zugängig, während alle übrigen Theile in einer unnachgiebigen starren Kapsel sich befinden. Ist es nach Verlauf von einigen Tagen nöthig den Verband zu reinigen, so wird er abgenommen und nach vollendeter Reinigung die Extremität wieder hineingelegt, und weil die Bruchenden dieselbe Lage beibehalten, so ist die ursprünglich angelegte Form allseitig anliegend und die Heilung geht sehr gut von Statten.

Hat man es jedoch mit Knochenbrüchen mit oder ohne Verletzung der Weichtheile zu thun, bei denen eine Dislocation der Bruchenden statt gefunden hat, und bei denen die Reposition der Bruchenden schwierig, und noch schwieriger die Erhaltung der Bruchenden in der normalen Lage ist, da hat der Guttaperchaverband das nicht geleistet, was man von ihm hoffte und zwar aus folgenden Gründen:

1. Die Anlegung eines solchen Verbandes dauert, wenn man auch noch so sehr geübt ist, mindestens 20 Minuten, während welcher Zeit der Assistent, dem die Extension anvertraut ist, einen ungeheuren Kraftaufwand nöthig hat, um die Extension gehörig zu vollführen; es ereignet sich sehr häufig, dass der Assistent nicht mehr die nöthige Kraft besitzt, die im Beginne der Extension in die normale Lage gebrachten Bruchenden bis zur vollständigen Anlegung des Verbandes unverrückt zu erhalten. Doch angenommen, der Assistent besässe die nöthige Kraft oder er würde von einem andern abgelöst, so würden die Bruchenden so lange richtig liegen, so lange man die Extremität vor Augen hat; wird aber die Bruchstelle mit Guttapercha belegt, so bleiben dem Assistenten nur wenige Anhaltspuncte, um die richtige Lage beurtheilen zu können. Ein geringes Nachgeben des Assistenten verursacht eine oft nicht geringe Verschiebung der Bruchenden, welche Verschiebung wegen der bereits erfolgten Belegung mit Guttapercha nicht wahrgenommen werden kann.

2. Ein zweiter Uebelstand tritt aber dann ein, wenn man genöthigt ist, den Verband wegen Verunreinigung durch Eiter oder durch Schimmelpilzbildung der Leinwandbinde oder wegen eines lästigen Juckens und Brennens der Haut zu Folge eines Eczems oder kleiner excorirter Stellen abzunehmen, so treten bei der geringsten Bewegung die Bruchenden aus ihrer Lage, und es ist sehr schwierig, ja meistens unmöglich, dieselbe Lage wieder hervorzubringen, für welche die Form angepasst wurde, weshalb dann die Form an verschiedenen Stellen drückt, nicht vertragen wird, und die Entfernung wenigstens e i n e r Schiene erfordert. Zudem ist es auch nicht mehr möglich, die Schienen so anzulegen, dass sie alle Puncte der Extremität gleichmässig drücken.

Fassen wir nun das Gesagte kurz zusammen, so ergibt sich, dass der Guttaperchaverband

1. bei einfachen Brüchen n i c h t n ö t h i g ist, und da durch billigere v o l l k o m m e n ersetzt werden kann,

2. bei solchen complicirten Brüchen, bei denen ein Reponiren der Bruchenden und die Erhaltung derselben leicht thunlich ist, besonders dann anzuwenden und allen Contentivverbänden vorzuziehen sei, wenn Wunden oder Quetschungen der Weichtheile vorhanden sind,

3. bei solchen complicirten Knochenbrüchen, bei denen die Erhaltung der Bruchenden in der normalen Lage ungemein schwierig ist, das nicht leistet, was man von ihm erwartet, und dass

4. Der Guttaperchaverband des Herrn Primarius U l r i c h dem von Dr. Leander K e l l e r angegebenen unbedingt vorzuziehen sei.

II. Practische Beiträge aus dem Gebiete der Staatsarzneikunde.

Beiträge zu der Statistik des Scharlachs.

Von
Dr. Moriz Gauster,
pr. k. k. Districts-Physiker zu Stein in Krain.

Im Laufe des Winters $^{1856}/_{1857}$ herrschte im Bezirke Stein eine Scharlach-Epidemie, welche 78 Kranke zeigte. Von diesen 78 Kranken waren 9 Erwachsene, 69 Kinder. Das Verhältniss der Erwachsenen zu den Kindern ist also wie 3:23, oder wie 1:7,6. Es wurden demnach mehr als siebenmal so viel Kinder befallen als Erwachsene. Berücksichtigt man jedoch den Bevölkerungsstand der befallenen Orte, so erscheint das Verhältniss der erkrankten Erwachsenen zu allen erkrankten Kindern wie 1 : 3. In Wirklichkeit wurden dreimal so viel Kinder als Erwachsene bei Annahme einer gleichen Grundzahl bei beiden, vom Scharlach befallen. In Beziehung auf die Einwohnerzahl waren 5.1 aller männlichen Erwachsenen, 3.8 aller weiblichen Erwachsenen und 12.2 aller Kinder erkrankt. Leider ist mir bei allen vorhandenen Kindern die Sonderung in beide Geschlechter nicht zur Hand, so dass die bezüglichen Verhältnisse gegenüber den Erkrankten nicht erforscht werden konnten.

Die oben bezeichneten Verhältnisse verändern sich aber bedeutend, wenn man die einzelnen befallenen Ortschaften betrachtet. Da zeigt sich, dass in einer Ortschaft, welche aus beiläufig 20 Häusern besteht, die grösstentheils zerstreut, theils auf grosser Höhe, theils auf den Abhängen thalabwärts zumeist in sehr beschränkten Windstrichen liegen, etwas mehr als der vierte Theil aller vorhandenen Kinder am Scharlach erkrankten. In einem andern bloss aus drei Häusern bestehenden hochgelegenen Dörflein erkrankte die Hälfte aller Kinder, in noch einem andern nahe ein Drittel.

Doch würden sich diese Verhältnisse noch anders gestalten, wenn man nach den einzelnen befallenen Häusern rechnen würde. Es zeigte sich hier ganz klar, dass jedes Haus für sich ein Krankheitsherd war, denn es wurden in der Regel in einem Hause, wo ein Kind erkrankte, nach und nach alle dort heimischen Kinder vom Scharlach befallen, in einigen wenigen Fällen auch Erwachsene. Das Erkrankungspercent betrug bei solcher Rechnung in der grösseren Anzahl von Fällen 100 in Hinsicht auf die Kinder. Erklärlich ist diese Erscheinung, wenn man bedenkt, dass die Wohnungsräume sehr enge, darin viele Personen zusammengepfercht sind, dass Reinlichkeit eine nicht sehr beliebte Tugend bei dem hiesigen Landvolke, besonders bei den Gebirgsdörflern ist, und keine Spitäler, keine sepa-

raten Wohnungsräume für Kranke hergestellt werden konnten.

Die Dauer der Epidemie war im Ganzen 4 Monate.

Betrachten wir nun die beiliegende Tabelle, so ersehen wir daraus die Erkrankungs-, Genesungs- und Sterbeverhältnisse nach dem Geschlechte und den Jahren.

Uebersicht des Geschlechtes, Alters und Krankheitsausganges der besprochenen Scharlachfälle.

Geschlecht	Bewegung	6 bis 12 M.	mit 1 J.	mit 2 J.	mit 3 J.	mit 4 J.	mit 5 J.	mit 6 J.	mit 7 J.	mit 8 J.	mit 9 J.	mit 10 J.	mit 11 J.	mit 12 J.	mit 13 J.	mit 14 J.	mit 15 J.	mit 16 J.	mit 17 J.	mit 18 J.	mit 21 J.	mit 22 J.	mit 25 J.	mit 26 J.	Zusammen
männlich	erkrankt	1	2	6	3	3	5	3	8	2	3	—	1	3	—	—	—	—	2	—	1	1	—	1	45
	genesen	1	2	3	2	3	4	1	6	2	3	—	1	3	—	—	—	—	2	—	1	1	—	1	36
	gestorben	—	—	3	1	—	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
weiblich	erkrankt	1	—	2	7	2	3	3	1	—	3	2	2	—	1	1	1	1	—	2	—	—	1	—	33
	genesen	—	—	2	5	2	3	3	1	—	2	2	2	—	1	1	1	1	—	1	—	—	1	—	28
	gestorben	1	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	5

Da die Anzahl der Erkrankungsfälle nicht so bedeutend ist, dass man aus allen Detailberechnungen auch werthvolle Schlüsse ziehen könnte, so sollen nur die wichtigsten Verhältnisse kurz verzeichnet werden; diese sind:

1) Das Erkrankungspercent des männlichen Geschlechtes scheint durchwegs ein grösseres zu sein, als das des weiblichen; bei den Erwachsenen ist es wie 5:4, bei den Kindern wie 40:29. Da in dieser Richtung mir nicht die genauen Bevölkerungszahlen bekannt wurden, so kann auch das richtige Verhältniss nicht ermittelt werden.

2) In dem Alter unter einem halben Jahre wurde kein Kind vom Scharlach befallen.

3) Erst vom zweiten Jahre an zeigte sich eine grössere Geneigtheit zu dieser Erkrankung, die bei den Knaben im sechsten, bei den Mädchen im dritten Lebensjahre ihren Culminationspunct erreichte.

4) Vom 13. Jahre an kam bei den Knaben keine Erkrankung mehr vor, bei den Mädchen hingegen zeigten sich bis einschliesslich des 15. Lebensjahres noch Scharlachfälle.

5) Rechnet man die Erkrankungen bis inclusive das fünfte Jahr und dann vom sechsten bis incl. das 15. Jahr bei beiden Geschlechtern zusammen, so zeigt sich, dass bei den Knaben in den ersten fünf Lebensjahren gerade eben so viele an Scharlach erkrankten, als in den darauf folgenden zehn Jahren, bei den Mädchen waren die Erkrankungen in jenen sogar um eine höher, als in diesen. Das Erkrankungs-Verhältniss ist also bei dem Umstande, dass die zweite Periode das Doppelte der Jahre zählt, als die erste, zwischen jener zu dieser anzunehmen, wie 1:2.

6) Das Sinken der Erkrankungszahlen in den spätern Jahren ist bei den Mädchen mähliger, als bei den Knaben, wo es früher abgeschlossen ist.

7) Es verhielt sich im Allgemeinen das Genesen zum Sterben wie 9,1:2. Es sind also mehr als viermal so viel genesen, als gestorben.

8) Bei den erwachsenen männlichen Kranken war das Genesungspercent 100, bei den betreffenden weiblichen verhielt sich das Genesen zum Sterben wie 3:1; bei sämmtlichen Erwachsenen verhielt sich dieses zu jenem wie 8:1.

9) Bei den Kindern genasen 81.2 Perc. und starben 18.8; bei den Knaben war das Heilpercent 77.5, das Sterbepercent 22.5; bei den Mädchen war jenes 86.2, dieses 13.8.

Während also bei den Erwachsenen der Scharlach in Beziehung auf seinen Ausgang dem männlichen Geschlechte günstiger war, hatte bei Kindern das Umgekehrte statt. Im Ganzen genas das weibliche Geschlecht häufiger als das männliche.

Der statistische Grund des für die Mädchen günstigeren Sterbeverhältnisses bei den Kindern ist darin zu finden, dass jene Altersreihen, in denen Sterbfälle vorkamen, gegenüber den höheren, wo sich keine mehr zeigten, bei den Erkrankungen der Knaben im Verhältnisse viel stärker vertreten waren, als bei denen der Mädchen.

10) Bei den Erwachsenen kam der einzige Sterbfall im 18. Lebensjahre vor. Bei den Knaben waren die Altersreihen, wo Sterbfälle vorkamen, nach dem Verhältnisse der Todten: das sechste Jahr mit $^2/_3$ Todten aller Erkrankten, das zweite mit der Hälfte, das dritte mit $^1/_3$, das siebente mit $^1/_4$, das fünfte mit $^1/_5$ Todten. Bei den Mädchen hatte das Alter von 6—12 Monaten 100 Perc. Todesfälle, das neunte $^1/_3$, das dritte $^2/_7$ Todte gegenüber allen Erkrankten. In allen übrigen Altersstufen war bei beiden Geschlechtern der Kinder das Genesungspercent 100. Vom zehnten Lebensjahre an starb kein Kind mehr.

Die Krankheitsdauer der Genesenen stellt sich nach den Geschlechtern im Allgemeinen folgendermassen dar:

Geschlecht	Krankheitsdauer von								Summe
	2 W.	3 W.	4 W.	5 W.	6 W.	7 W.	8 W.	9 W.	
männlich	1	8	8	7	7	1	3	1	36
weiblich	—	4	8	9	6	—	—	1	28

Die längste Krankheitsdauer war also neun, die kürzeste zwei Wochen. Zur Erklärung

der letzteren Thatsache muss erwähnt werden, dass in diesem Falle der Scharlachausschlag in ganz geringem Grade aufgetreten war und mit einer unbedeutenden Abschuppung rasch zu Ende ging, dass ferner die Vor- und Nacherscheinungen sehr milde waren. — Die meisten Genesungen bei den Knaben traten nach drei und vier, dann nach fünf und sechs Wochen ein, bei den Mädchen nach fünf, dann nach acht Wochen. Die Genesungen des weiblichen Geschlechtes drängten sich im Allgemeinen in einen kürzern Zeitraum zusammen, als bei dem männlichen.

Die Krankheitsdauer bei den Verstorbenen stellt folgendes Schema dar:

Geschlecht	Krankheitsdauer	Alter ½ J.	1½ J.	2 J.	2½ J.	3 J.	5 J.	5½ J.	6 J.	7 J.	8½ J.	18 J.	Zusammen
männlich	2 Tage	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
	3 Tage	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	3
	6 Tage	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
	7 Tage	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	2 Woch.	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	3
weiblich	2 Tage	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	3 Woch.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2
	4 Woch.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	2
Summe		1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	14

Es war also bei den Knaben die kürzeste Krankheitsdauer zwei Tage (bei einem 5½jährigen), die längste zwei Wochen (bei einem 15jährigen und zwei 7jährigen) die Mehrzahl der Kranken starb in der ersten Woche; das Verhältniss dieser zu den später Verstorbenen ist wie 2:1.

Bei den Mädchen starb in kürzester Zeit ein halbjähriges nach zwei Tagen; in längster ein drei- und ein 8½jähriges nach vier Wochen. Die Mehrzahl der Mädchen starb nach der ersten Woche, im Gleichgewichte nach drei und vier Wochen. Das Verhältniss der in der ersten Woche verstorbenen Mädchen zu den später verstorbenen ist wie 1 : 4.

Im Allgemeinen ist das Verhältniss der in der ersten Woche zu den später gestorbenen wie 1:1. Die höheren Altersstufen weisen hier in der Regel nach längerer Krankheit mehr Todte auf, als die niederen.

Die Todesursachen waren bei den Verstorbenen folgende:

1) in zwei Fällen Hirnhäute-Entzündung. [1]

2) In zwei Fällen Hirnödem und Hirnhöhlenwassersucht. [2]

[1] Ein Fall traf das 18jährige Mädchen, der zweite einen Knaben von 2½ Jahren.

[2] Ein Fall von diesen war mit Diphtheritis der Halsdrüsen verbunden.

3) In drei Fällen seröse Ausscheidungen in Brust- und Bauchhöhle aus Bright'scher Nierenentzündung. [3]

4) In vier Fällen obige ohne letztere Erkrankung. [4]

5) In drei Fällen Angina. [5]

Allgemeine Bemerkungen.

1) Zur Symptomatologie dieser Epidemie: In den ersten Fällen erschienen neben der ausgebreiteten scharlachrothen Färbung der Hautoberfläche auch sehr häufig Stippchen, die etwas blässer roth, wenig erhoben waren und sich späterhin mit der übrigen Epidermis abschilferten. — Im Anfange der Epidemie waren die nervösen Erscheinungen besonders hervorstechend, stark superöser Zustand abwechselnd mit heftigen Delirien, hochgradige Blutwallungen zum Gehirne, die in einigen Fällen zu Hirnhautentzündungen oder serösen Ausscheidungen im Schädel sich steigerten, waren die hervorragendsten Erscheinungen neben den starken harten Anschwellungen der Halsdrüsen und Mandeln. Nur in einigen wenigen Fällen waren catarrhalische Symptome vorherrschend. Am zweiten bis fünften Tage kam in der Regel der Ausschlag zum Vorschein, wo sich die Erscheinungen milderten. Gegen Ende der Epidemie, wo starker Witterungswechsel war, kamen häufig Anfälle von Influenza vor, welche sich dem Scharlache zugesellten; in dieser Zeit war der Scharlach in seinen Erscheinungen durchwegs viel milder geworden. — Blieb die Haut gleich nach Ablauf des Scharlachs noch sehr heiss und trocken, so währten häufig die schweren Erscheinungen fort; in den meisten Fällen war jedoch nach dem Verschwinden des Exanthems ein mehrtägiger Schweiss vorhanden, worauf erst die Haut rauh, trocken, mässig warm und reichlich sich abschuppend wurde; hiebei waren leichte Catarrhe, langsame Schmelzung oder Aufsaugung der Drüseninfiltrate, geringe Diarrhöe, leichte Nierenentzündungen die begleitenden Krankheitserscheinungen. Neigung zu Gangräneszenzen, zum diphtheritischen Zerfallen der Drüseninfiltrate war sehr selten. Lungenentzündungen kamen im Verlaufe des Scharlachs beiläufig 5 — 6 Mal vor; mehr als die Hälfte der Kinder zeigte seröse Ausscheidungen theils zur Haut, theils zu innern Organen; bei beiläufig ¼ der Kranken wurde Eiweiss im Harn gefunden. Die wässerigen Ausscheidungen zeigten sich zumeist im Anfange der dritten Woche.

2) Zur Aetiologie: In Beziehung auf die Erscheinungen der Witterung während der Epidemiedauer wurden ziemlich umfassende Beobachtungen gemacht, die in den amtlichen Berichten niedergelegt wurden, aus denen aber leider kein Licht auf die Entstehung der Epidemie fällt; so sei nur im Allgemeinen gesagt, dass der Winter so wie die zweite Hälfte des Herbstes ziemlich kalt war, dass viel Schnee fiel, ein stärkeres Thauwetter erst Ende Jänner durchbrach, worauf bald wieder Kälte folgte.

[3] Nur in einem Falle war Ascites allein da, sonst immer Pleuritis und Anasarca mit.

[4] In einem Falle war blos hochgradiges pleuritisches Exsudat vorhanden.

[5] Alle drei Fälle starben rasch, zwei nach zwei Tagen, einer nach drei Tagen. In dem einen Falle nach zwei Tagen war heftige rasch eingetretene Vereiterung des Drüseninfiltrates mit grosser Tendenz zur Jauchida.

Winde waren nicht im hervorragenden Grade vorhanden. Es herrschte zwar in den angrenzenden Gebieten, früher Scharlach, es konnte aber kein unmittelbarer Uebergang nachgewiesen werden.

Blossen Hautverkühlungen kann man nicht die Schuld in die Schuhe schieben, denn diese sind jeden Winter da, ohne dass zumeist Scharlach vorkömmt; dann zeigen sich ja öfters sporadische Scharlachfälle unter gleich ungünstigen Verhältnissen, und es entsteht doch keine Epidemie. Wohl mögen Hautverkühlungen bei vorhandenen uns unbekannten Causalmomenten ein unterstützendes Moment für Scharlachentwicklung sein; es trat z. B. diese Krankheit an jenen Orten stärker und häufiger auf, welche mehr auf freien, jedem Durchzuge, trockener, kalter Luftströmungen preisgegebenen Höhen liegen, während die gedeckteren oder in Thälern sich befindlichen milder und seltener heimgesucht wurden.

Die Weiterverbreitung des Scharlachs durch Scharlachkranke, besonders durch in der Abschuppung begriffene, wurde durch vier eclatante Fälle bewiesen, wo der Scharlach in den betreffenden Ortschaften erst auftrat, als Scharlachkranke, die schon auf dem Wege der Besserung waren, von befallenen Orten dorthin auf einige Zeit kamen. In einem Falle trat in einem Orte Scharlach auf, nachdem eine da einheimische Hausbesitzerin ihre in einer von der Krankheit befallenen Ortschaft verheiratete Tochter, deren Kinder schwer krank darniederlagen, besucht, die Kranken durch ein Paar Tage abgewartet hatte und dann nach Hause zurückgekehrt war, wo nach zwei Tagen ein Kind, mit dem sie sich am liebsten abgab, am Scharlach erkrankte.

3) Zur Therapie. Die Grundsätze, die befolgt wurden, waren folgende:

a) Da man keine Specifica gegen Scharlach kennt, so bleibt er symptomatisch zu behandeln, abgesehen von Versuchen mit angerühmten Mitteln, wenn solche ohne Schaden für den Kranken angewendet werden konnten. Es wurde *T. Bellad.* in kleinen Dosen bei stärkeren Anschwellungen der Rachenhöhle und Mandeln u. s. w. gegeben, weil *Belladonna* bei *Angina* häufig einen zweifellosen Erfolg hat. In mehreren Fällen zeigte sich auch eine Erleichterung im Schlingen. Vielleicht hat diese Wirkung der *Belladonna* einen Ruf im Scharlach verschafft. Bei grosser Hitze tranken die Kranken *A. phosph.* Wichtige Nebenerscheinungen wurden entsprechend behandelt.

b) So wenig als möglich während des Exanthems Medicamente zu geben, um die Verdauungskräfte nicht unnöthig zu schwächen, und eine durch etwaige Nachkrankheiten erforderliche Medication nicht zu erschweren.

c) Den Kranken durch ärztliche Mittel die brennende Hitze der Haut oder den Congestionszustand zum Hirn so viel wie möglich zu lindern und sie zu erfrischen.

Die medicinal-polizeilichen Grundsätze, so wie die Diätetik im weiteren Sinne werden nach den bekannten Normen geregelt.

Somit schliesse ich diese skizzenhaften Beiträge, entnommen meinen Berichten, mit dem Bewusstsein, dass sie zwar nichts Neues bieten, aber für spätere umfassendere Arbeiten von Berufeneren einen Theil des nothwendigen Materiales liefern dürften. Wenn die Meister und Werkleute am Baue arbeiten, müssen die Kärner die Steine herbeiführen.

IV. Analekten und Besprechung neuer medicinischer Bücher.

Kinder-Diätetik. Eine Anleitung zur naturgemässen Pflege und Erziehung des Kindes von Dr. L. W. Mauthner Ritter von Mauthstein, Ritter des Ordens der eisernen Krone III. Cl., ö. a. Universitätsprofessor, Director und Chefarzt des St. Annen-Kinderspitals etc. Dritte veränderte und vermehrte Auflage. Wien 1857.

Die nun zum dritten Male in ziemlich kurzen Zwischenräumen wiederholte Auflage dieser Schrift spricht für die Anerkennung, welche dieselbe im Publicum gefunden hat; manche wesentliche Aenderung und Vermehrung in dieser neuen Ausgabe erhöht den Werth derselben. Eine naturgemässe Kinderdiätetik, verständlich und brauchbar für Frauen, Erzieherinen und Hebammen, ist in dem jetzigen Zeitalter ein grosses Bedürfniss, wo ein grosser Theil der Neugebornen schon den Keim der Schwäche und des Siechthums in sich trägt, und wo Vorurtheile und verschobene Ansichten bezüglich auf Kinderpflege wenig geeignet scheinen, für zukünftige kräftigere Generationen zu sorgen; aber die Aufgabe ist jedenfalls auch eine schwierige, zu deren Lösung der Verfasser, als langjähriger geschätzter Kinderarzt, klinischer Lehrer der Kinderkrankheiten und der Kinderdiätetik vorzüglich berufen war. Die Schrift ist zum Leitfaden bei den Vorlesungen des Verf. über Kinderdiätetik und Kinderpflege zu dienen bestimmt, und unverkennbar ist sein Streben, seine Lehren auf naturgemässe Grundsätze der Anatomie und Physiologie des Kindes, sowie auf bewährte Erfahrungen zu gründen, zugleich auch mit Eifer die mannigfachen diesfälligen, tiefwurzelnden Irrlehren zu heben. Da das Werk nicht neu ist, und bereits in mehreren in- und ausländischen Zeitschriften Kritik und Würdigung erhalten hat, so wollen wir uns in eine nähere Besprechung seines Inhaltes nicht einlassen, und bemerken nur, dass diese neue Auflage (um 50 Pag. im Verhältniss zur zweiten Ausgabe) durch mancherlei Erfahrungen und nützliche Anleitungen bedeutend bereichert sei, während andererseits in derselben durch Benützung wissenschaftlich begründeter Kritiken einiges in Form und Inhalt geändert, einiges auch für das weibliche Publicum, für welches das Buch vorzugsweise bestimmt ist, weniger zugängliche weggelassen oder fasslicher dargestellt wurde. Es zerfällt in sechs Abschnitte nach den Entwicklungs- und Altersstufen des Kindes, mit dem Uterinalleben beginnend; daher der erste Abschnitt Lehren für das naturgemässe Verhalten des schwangern Weibes enthält, wodurch eine normale und kräftige Bildung der Frucht bedingt wird. Anerkennung verdient in sämmtlichen Abschnitten, dass Verf. sich durchaus nicht in Schilderung krankhafter Zustände, in eine Anleitung zur Erkenntniss und zur Behandlung derselben einlässt, was bisher in manchen ähnlichen Schriften ein Uebelstand war, da derlei Lehren gewiss nur zu Quacksalberei und Curpfuscherei führen, und der Zweck einer Kinderdiätetik nicht ist zu lehren, wie ein krankes Kind zu behandeln, sondern wie es zu pflegen und zu nähren ist, um nicht zu erkranken. Manche interessante Erzählungen, geschichtliche Daten und eigene Erfahrungen des Verf. bilden in den verschiedenen Capiteln lehrreiche Episoden. — Wissenschaftlich und practisch behandelt sind die Artikel über die Beikost, über die Beurthei-

lung der Ammenmilch, über die künstliche Auffütterung, wobei Verf. mit Eifer gegen ein Heer von Vorurtheilen und Missgriffen kämpft, welche die an sich schon sehr schwierige Ernährungsweise noch verderblicher für die Kinderwelt machen. Der fünfte Abschnitt, der von Entwicklung der Zähne, des Gehens und Sprechens handelt, hat durch Beigabe zahlreicher eigener Beobachtungen des Verf. auch für den Arzt manches Interesse. Der sechste Abschnitt gehört weniger in die Diätetik als vielmehr in die Erziehungslehre; aber in so ferne als die erste und für die fernere geistige und moralische Entwicklung des Kindes so wichtige Erziehung auch in den Händen der Frauen liegt, ist auch diese Abhandlung hier vollkommen am Platze. — Die Tendenz der Schrift ist eine practische; einige Erörterungen, wie z. B. der atmosphärische Druck, den das Kind nach seiner verschiedenen Grösse zu ertragen hat, die microscopische Untersuchung der Ammenmilch sind hier nicht ganz passend, indess dürfte manche mehr Bildung anstrebende Frau daran, gleichwie an den anatomischen und physiologischen Mittheilungen, Interesse finden. Die Sprache ist in der ganzen Schrift schön, und gut fasslich, ohne je trivial zu werden; die Ausstattung dieser Auflage verdient alle Anerkennung.

Dr. Flechner.

V. Personalien, Miscellen.

Notizen.

Herr Prof. Dr. Arlt erhielt vom hohen Ministerium für Cultus und Unterricht den Auftrag, an dem im September stattfindenden Congress der Augenärzte zu Brüssel Theil zu nehmen.

Mittheilungen aus den Wiener Heilanstalten vom 23. Juli bis incl. 29. Juli.

Der Krankenstand in den meisten öffentlichen Heilanstalten hat auch in dieser Woche weiter abgenommen, doch ist der Unterschied im Vergleiche mit dem Schluss der vorhergehenden Woche nicht bedeutend, ja in einzelnen, wie im Spitale der barmherzigen Brüder in der Leopoldstadt wurde in den letzten Tagen eine Zunahme wahrgenommen. — Im k. k. allgemeinen Krankenhause war der Krankenstand zu Ende dieser Woche auf 1881 herabgekommen; Entzündungsprocesse, namentlich Pneumonien, nahmen sehr ab, dagegen wurden Diarrhöen zahlreicher und heftiger; die Zahl der Todesfälle vom 22. bis incl. 28. betrug 45. — Im k. k. Bezirkskrankenhause Wieden blieb der Krankenstand ziemlich gleich, er beträgt jetzt 514, und auch in den Krankheitsformen zeigte sich keine wesentliche Aenderung; Typhen waren spärlich, von acuten Formen verdienen fieberhafte Darmcatarrhe und einige mit En- und Pericarditis complicirte Gelenksrheumatismen Erwähnung; die chronischen Formen zeigen einen der Jahreszeit entsprechenden günstigeren Verlauf. — Im Filialspitale in der Leopoldstadt war in dieser Woche die Zahl der Entlassenen um 27 grösser als die der Neuaufgenommenen, und der Stand fiel auf 230 (85 M. und 145 W.) Es kamen auch Typhen zur Behandlung und die stattgehabten Todesfälle betrafen theils Typhus, theils Tuberculosis und Marasmus. Ein merkwürdiger Fall von Krämpfen in einem 20jährigen, kräftigen Burschen wird hier jetzt beobachtet; die Anfälle beginnen mit Schmerzen in der linken untern Extremität vom innern Knöchel ausgehend, worauf dann Convulsionen, endlich Trismus und Tetanus sich einstellen. — Im k. k. Garnisonsp. Nr. I war die Abnahme des Krankenstandes namhaft, derselbe sank von 736 auf 601, im Garnisonssp. Nr. II dagegen wurde die Krankenzahl etwas vermehrt, und betrug am Schluss der Woche 428. Besonders auffallend ist die Verminderung der Augenkranken im Garn.-Spit. Nr. I; dieselbe fiel nämlich von 239 auf 125. Auch bezüglich der ohnehin mässigen Zahl von Blattern und Typhus war in den k. k. Militärspitälern eine weitere Abnahme zu beobachten. — Gastrische Zustände und besonders Diarrhöen wurden in der letzteren Zeit sowohl in den öffentlichen Heilanstalten als auch in der Privatpraxis häufiger, und letztere zeigten nicht selten eine grosse Hartnäckigkeit.

Personalien.

Ehrenbezeigung. Dem Regimentsarzte Dr. Josef Scharrer des Inf.-Reg. Grossherzog von Hessen Nr. 14 wurde das Ritterkreuz des grossherzoglich hessischen Ordens Philipp des Grossmüthigen verliehen.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Michael Barth, UA. vom Kaiser-Reg. und UA. Franz Sauren vom 62. Inf.-Reg. sind ausgetreten.

Erledigte Stellen.

An der medicinisch-chirurgischen Lehranstalt zu Salzburg ist die Stelle des Assistenten der chirurg. Klinik in Erledigung gekommen, womit zugleich die Dienstleistung als Secundar-Wundarzt in St. Johannes-Spitale verbunden ist, mit einem jährlichen Gehalte von 300 fl. CM.; die Dauer dieses Dienstpostens ist auf zwei Jahre bemessen. Diejenigen Doctoren der Medicin und Chirurgie, welche sich um diesen Posten bewerben wollen, haben ihre gehörig instruirten Gesuche bis 15. August l. J. bei dem k. k. Directorate des medicinisch-chirurgischen Studiums zu Salzburg einzureichen.

— Für das Verwaltungsgebiet der k. k. Statthalterei-Abtheilung zu Oedenburg werden vier Communalarztesstellen von der genannten Behörde verliehen, und hierzu der Concurs bis Ende August l. J. ausgeschrieben, und zwar 1. Im Günser Stuhlbezirke eine Stelle mit einer Bestallung von 300 fl., einem Quartiergelde von 100 fl., einem Brotfrucht- und Brennholz-Aequivalent von 138 fl. und einem Pferdepauschale von 112 fl. 2. Im Stuhlbezirke Steinamanger eine Stelle mit einer Bestallung von 300 fl., einem Quartiergelde von 80 fl., 12 Metzen Weizen, 12 Metzen Korn, 6 Klafter Brennholz und Fuhrleistung in Natura. 3. Im Stuhlbezirke Sarvar eine Stelle mit einer Bestallung von 300 fl., einem Quartiergelde von 100 fl., einem Brotfrucht- und Brennholzäquivalent von 138 fl. und einem Pferdepauschale von 112 fl. CM. 4. Im Stuhlbezirke Kleinzell eine Stelle mit denselben Bezügen wie sub Nr. 3. — Die Aerzte und Wundärzte, welche eine oder die andere dieser Stellen zu erlangen wünschen, haben ihre gehörig instruirten und insbesondere auch mit einem Zeugniss über die Kenntniss der in jenem Gebiete gangbaren Sprache versehenen Gesuche entweder unmittelbar bei der genannten k. k. Statthaltereiabtheilung, oder falls sie sich bereits in einer öffentlichen Bedienstung befinden, im Wege ihrer vorgesetzten Behörde einzureichen.

— Im Districte der nied.-ung. Berg-, Forst- und Güterdirection ist die Stelle des k. k. Berg- und Forstwesens-Physikus zu Kremnitz erledigt. Mit diesem Posten sind folgende Genüsse verbunden: an Besoldung 450 fl., 80 Metzen Hafer à 30 kr., zusammen 40 fl.; 100 Centner Heu à 24 kr., zusammen 40 fl., aus der Häuer- und Köhlerbruderlade ein Honorar von 115 fl. W. W. oder 46 fl. CM., und aus der Münzamts-Bruderlade jährlich ein Honorar von 50 fl. Diejenigen Doctoren der Medicin und Chirurgie, welche sich um diese Stelle bewerben wollen, haben ihre gehörig instruirten und auch mit dem Zeugniss über Kenntniss der deutschen und slavischen Sprache versehenen Gesuche im Wege ihrer vorgesetzten Behörde bis 24. August l. J. bei der k. k. Berg-, Forst- und Güterdirection zu Schemnitz einzureichen.

— In die k. k. medicinisch-chirurgische Josefsakademie werden für das Schuljahr 1857—58 neue Zöglinge aufgenommen. Die gehörig instruirten Gesuche müssen bis längstens 1. September l. J. bei der Direction der k. k. medicinisch-chirurgischen Josefsakademie eingereicht werden.

Diejenigen P. T. Herren Pränumeranten, deren Pränumeration mit Ende Juni abgelaufen ist, werden ersucht, dieselbe baldmöglichst zu erneuern, und die Pränumerationsbeträge in das Redactionsbureau (Stadt, obere Bäckerstrasse 761) portofrei einzuschicken, damit in der Versendung der Zeitschrift keine Unterbrechung stattfinde. Die Redaction.

Druck der typogr.-liter.-art. Anstalt (L. C. Zamarski, C. Dittmarsch & Comp.) in Wien.